………..………………………………

*data wpływu wniosku do PCPR*

*( wypełnia PCPR)*

*...............................................*

*Nr wniosku ( wypełnia PCPR)*

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu**

**ul. Śląska 1, tel.: 068-477-77-76**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenie w sprzęt rehabilitacyjny**

**DANE WNIOSKODAWCY**

(*wypełnić drukowanymi literami*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:** | **Nazwisko:** |
| **PESEL:** | **Data urodzenia:** |
| **Adres Zamieszkania:** | |
| **Nr telefonu:** | |

**DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK W IMIENIU OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ \***

Przedstawiciel ustawowy ( dla małoletniego Wnioskodawcy)

Opiekun prawny ( dla osoby ubezwłasnowolnionej)

Pełnomocnik wnioskodawcy ( na podstawie pisemnego pełnomocnictwa)

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:** | **Nazwisko:** |
| **PESEL:** | **Data urodzenia:** |
| **Adres Zamieszkania:** | |
| **Nr telefonu:** | |
| Ustanowiony opiekunem/pełnomocnikiem\*....................................................................................................................................................  (postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia..............................sygn. akt…………………………………………./na mocy pisemnego pełnomocnictwa z dnia........................................................................................................................................... | |

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI \***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Orzeczenie wydane przez **PZON** | Orzeczenie wydane przez **ZUS** | | |
| znaczny ⬜ | III grupa ⬜ | | całkowita niezd. do pracy /sam. egz. ⬜ |
| umiarkowany ⬜ | III grupa ⬜ | | całkowita niezdolność do pracy ⬜ |
| lekki ⬜ | III grupa ⬜ | | częściowa niezdolność do pracy ⬜ |
| orzeczenie o niepełnosprawności (do 16. roku życia ) ⬜ | | | |
| termin ważności orzeczenia: | | ⬜ na stałe | ⬜ czasowe do ..................................... |

**RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI \***

01-U – upośledzenie umysłowe

02- P choroby psychiczne

03-L- Zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

osoba głucha

osoba głuchoniema

04- O- narząd wzroku

osoba niewidoma

osoba głuchoniewidoma

05-R- narząd ruchu

wnioskodawca lub dziecko/ podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego

dysfunkcja obu kończyn górnych

06-E- epilepsja

07-S- choroby układu oddechowego i krążenia

08- T- choroby układu pokarmowego

09-M- choroby układu moczowo- płciowego

10-N- choroby neurologiczne

11-I- inne

12-C- całościowe zaburzenie rozwojowe

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW I OSOBACH POZOSTAJĄCYCH WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Stopień pokrewieństwa** | **Średni miesięczny dochód netto** |
| **1.** |  | **WNIOSKODAWCA** |  |
| WPISAĆ STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA BEZ PODAWANIA IMION I NAZWISK OSÓB WSPÓLNIE ZAMIESZKUJĄCYCH | |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | **RAZEM** |  |

Oświadczam, że **przeciętny miesięczny dochód** **netto**, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił: obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku **wynosił**: .......................................zł.

Słownie..............................................................................................................................................................................................................................................................................................

**PROSZĘ PODAĆ KONTO OSOBISTE:**

Imię i nazwisko właściciela konta: ...............................................................................................................................................

Nazwę banku:

................................................................................................................................................

Nr rachunku bankowego:

\_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_

**KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW FINANSOWANYCH Z PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy Wnioskodawca w **okresie jednego roku** przed złożeniem wniosku korzystał ze środków PFRON na dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny?\* | | | | ⬜ Tak |
| ⬜ Nie |
| Nr i data zawarcia umowy | Cel dofinansowania | Data przyznania dofinansowania | Kwota rozliczona | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

Wnioskodawca posiada / nie posiada\* wymagalne zobowiązania wobec PFRON.

Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania: ………...........……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wnioskodawca był/ nie był\* stroną umowy zawartej z PFRON rozwiązanej z przyczyn leżących po stronie Wnioskodawcy.

Jeśli tak, podać nr i datę rozwiązanej umowy, przedmiot umowy i przyczynę jej rozwiązania …………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**PRZEDMIOT DOFINANSOWANIA** *( nazwa urządzenia, rodzaj usługi)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**CEL ZAKUPU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO – KRÓTKIE UZASADNIENIE SKŁADANEGO WNIOSKU***( uzasadnienie wniosku, opisać w jaki sposób zakup wnioskowanego urządzenia umożliwi lub znacznie ułatwi wnioskodawcy wykonywanie codziennych czynności lub samodzielne funkcjonowanie)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INFORMACJE O OGÓLNEJ WARTOŚCI NAKŁADÓW DOTYCHCZAS PONIESIONYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ NA REALIZACJĘ ZADANIA DO KOŃCA MIESIĄCA POPRZEDZAJĄCEGO MIESIĄC, W KTÓRYM SKŁADANY JEST WNIOSEK** (wraz z podaniem oraz udokumentowaniem dotychczasowych źródeł finansowania):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | Źródła finansowania | Poniesione koszty |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
|  | **RAZEM** |  |

**KOSZT ZADANIA I WNIOSKOWANA KWOTA DOFINANSOWANIA:**

|  |  |
| --- | --- |
| Przewidywany całkowity koszt realizacji zadania *(zgodny z fakturą pro forma, kosztorysem)* | **……………………zł** |
| Deklarowane przez wnioskodawcę środki własne*( co najmniej 20% całkowitego kosztu)* | **……………………zł** |
| Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON co stanowi do 80% całkowitego kosztu realizacji zadania | **……………………zł** |

* **Oświadczam, że posiadam 20% wkładu własnego**

…….…….………………………………..

(Data i czytelny podpis Wnioskodawcy/

przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego

pełnomocnika)

\* WŁAŚCIWE ZAZNACZYĆ

**PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE:**

1. Wnioski będą rozpatrywane od momentu zatwierdzenia środków finansowych przez Radę Powiatu Żagańskiego, otrzymanych wg algorytmu z PFRON.
2. Dofinansowanie będzie przyznawane do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych dla Powiatu Żagańskiego na dany rok kalendarzowy.
3. Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed zawarciem umowy ze Starostą Żagańskim.
4. Wszelkie zmiany we wniosku jak i rezygnacje należy zgłaszać do tut. PCPR w formie pisemnej.
5. Złożenie wniosku nie jest równoznaczne z przyznaniem dofinansowania.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

|  |  |
| --- | --- |
| ............................................  (data) | ............................................................  (czytelny podpis Wnioskodawcy/  przedstawiciela ustawowego/ opiekuna prawnego/  pełnomocnika) |

**Załączniki do wniosku:**

* Kopia orzeczenia o niepełnosprawności /stopniu niepełnosprawności/, zaliczeniu do jednej z grup inwalidzkich.
* Kopia orzeczeń o niepełnosprawności osób mieszkających wspólnie z wnioskodawca, w przypadku takich osób.
* Aktualne zaświadczenie **lekarskie (specjalisty)**, zawierające informacje o rodzaju niepełnosprawności oraz zalecenie do stosowania wskazanego przez lekarza **przedmiotu/sprzętu (nazwa i oznaczenie),** uzasadniając prowadzenie rehabilitacji w warunkach domowych.
* Faktura proforma dotycząca zakupu wnioskowanego urządzenia i kosztorys wstępny w przypadku usługi montażu.
* Atest/ Certyfikat informujący, że wnioskowany sprzęt jest rehabilitacyjny.
* W przypadku osób niezdolnych do złożenia podpisu na wniosku, dodatkowo. pełnomocnictwo notarialne lub postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego.

***Uwaga: Faktura proforma i kosztorys określające rodzaj, nazwę sprzętu, symbol muszą być adekwatne do zaświadczenia lekarskiego.***

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (4.5.2016 L119/38 Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej PL):

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu, ul. Śląska 1, 68-100 Żagań, tel.: 68 4777771, email: sekretariat@pcpr.zagan.pl Współadministratorem danych jest PFRON. Dane osobowe Wnioskodawcy zostaną przekazane do PFRON – PFRON przetwarza dane wnioskodawców w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji programu przez Realizatora oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych.

2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Żaganiu, możliwy jest pod adresem email: [iod@powiatzaganski.pl](mailto:iod@powiatzaganski.pl)

Kontakt z inspektorem ochrony danych w PFRON możliwy jest pod adresem iod@pfron.org.pl lub listownie na adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa, telefon: 22 50 55 500.

3. Dane osobowe będą przetwarzane w calu załatwienia sprawy, w której zostały zebrane na podstawie:

• art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.,

• Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997 Nr 123 poz. 776),

• Ustawy z dnia 5 czerwca 1998r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. 1998 Nr 91 poz. 578),

4. Dane osobowe przetwarzane będą przez okres niezbędny do realizacji niniejszego zadania a następnie przechowywane będą przez okres 10 lat - wskazany w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt zatwierdzonym przez Archiwum Państwowe w Zielonej Górze.

5. Dane osobowe mogą być przekazywane innym organom i podmiotom wyłącznie na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w związku z realizowaną umową lub po jej realizacji w prawnie uzasadnionych przypadkach.

6. Beneficjent Pomocy posiada prawo do żądania od administratora dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania.

7. Beneficjentowi Pomocy przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.

8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych stanowi przeszkodę do załatwienia sprawy w której Państwo wnioskują.

- wypełnia PCPR -

Adnotacje przyjmującego wniosek:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

I. Ocena zasadności wniosku:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

(data i podpis)

II. Opinia Komisji ds. Opiniowania wniosków o dofinansowaniu likwidacji barier technicznych:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

(data i podpisy Komisji)

III. Decyzja o przyznaniu dofinansowania:

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

(data i podpis Dyrektora PCPR w Żaganiu)